Rok XXIX. Kraków, 26 Lipca 1890. Nr. 30.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Rydla w Krakowie.

Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowéj.

Podał

Dr. Franciszek Sroczyński,

asystent kliniki.

Operacyje plastyczne spojówki celem zastąpienia bliznowatych zrostów, jakie pociągają za sobą sparzenia żrącemi lub gorącemi płynami, stanowią do dziś dnia jeszcze piętę Achillesową okulistyki operacyjnéj. Co prawda, znajduje się tu okulista wobec nierównie trudniejszych warunków, niż w przypadkach plastyki powiek, gdzie obfitość materyjału dozwala nawet na swobodny wybór z pośród metod przesadzających się w elegancyi i kosmetyce. Tu przeciwnie zdani jesteśmy na skąpą spojówkę gałki, o ile jéj jeszcze zostało po sparzeniu lub na niepewne i żmudne przeszczepianie skrawków spojówki zwierzęcéj, błony śluzowéj pochwy lub warg, zajęcie, wystawiające na ciężką próbę cierpliwość operatora wobec trudności ustalenia owych skrawków na ruchomych powiekach, czy gałce ocznéj. Wprawdzie usiłowania Tealego i Knappa umożliwiły dziś pokusić się nawet o usunięcie *symblepharon totale*, dawnego *noli me tangere* okulistów za pomocą przeszczepiania płatów szypułkowatych z utrzymanéj części spojówki gałkowéj, jeżeli jednak uwzględnimy, że dzieje się to tylko kosztem upośledzenia ruchomości gałki w innym kierunku, zrozumiemy łatwo, że sposoby te dadzą się tam tylko zastosować, gdzie wobec znacznego zbliznowacenia spojówki, lub wielkiego upośledzenia wzroku z góry rezygnujemy z możliwości przywrócenia prawidłowéj ruchomości gałki i co zatem idzie, prawidłowego, pojedynczego widzenia.

Są natomiast przypadki oparzeń spojówki nie prowadzących do zrostu powiek z gałką w ścisłem słowa znaczeniu, ale tylko do wytworzenia się taśmy bliznowatéj, ciągnącéj od rogówki ku załamkowi (*fornix*), czego następstwem jest upośledzenie mechaniczne ruchomości gałki w kierunku przeciwnym i co zatem idzie, dwuwidzenie. Postaci takie wydarzać się muszą tam, gdzie sparzenie ogranicza się do spojówki gałkowéj w obrębie wolnéj szpary powiekowéj. Chcieć w podobnym przypadku zastąpić bliznowatą taśmę przez plastykę za pomocą przemieszczenia z innéj części spojówki gałkowéj, znaczyłoby w razie udania się plastyki zmienić tylko kierunek ciągnienia gałki na inny, w razie zaś nieprzyjęcia się platu narazić chorego na większe jeszcze upośledzenie ruchomości oka i dwuwidzenie na większéj przestrzeni pola patrzenia.

W przypadku tego rodzaju udało mi się za pomocą nader prostego zabiegu obejść potrzebę plastyki z doskonałym wynikiem. W. D., walcownik z Huty Bankowéj, doznał w pierwszych dniach kwietnia b. r. sparzenia rogówki i spojówki lewego oka odpryskiem na wpół roztopionéj „szlaki“ żelaznéj. Stwierdziwszy powierzchowne oparzenie rogówki przy dolno zewnętrznym brzegu i spojówki gałkowéj w obrębie zewnętrznéj połowy szpary powiekowéj, zaleciłem atropin, jodoform i okłady lodowe. Dnia 22 czerwca b. r. zgłosił się pacyjent ponownie do kliniki, żaląc się na zawrót głowy i dwuwidzenie zmuszające go do ciągłego zasłaniania oka chorego. Badanie przedmiotowe wykazało: oko lewe w lekkiéj abdukcyi i zarazem nieco ku dołowi skręcone. W miejscu dawnego sparzenia na spojówce gałkowéj blizna w postaci taśmy napiętéj, zajmująca przybrzeżną część dolno-zewnętrznéj ćwierci rogówki pasmem 8—10 mm. szerokiem i ztąd rozszerzając się stopniowo ciągnąca ku dołowi zewnątrz, gdzie się gubi szeroką podstawą w fałdzie spojówki zewnętrznego kącika powiek. Ruchomość gałki odpowiednio temu upośledzona w kierunku ku górze wewnątrz tak, że przy największéj addukcyi brzeg nosowy rogówki styka się zaledwie z liniją łączącą oba punkty łzowe. Badanie widzenia obuocznego wykazuje widzenie zdwojone już przy patrzeniu na wprost nawet w większych odległościach, przyczem obrazek oka chorego (lewego) leży po stronie prawéj i wyżéj. Odległość obrazków w odległości 2 m. ocenia chory na 50 cm. W celu usunięcia przykrego dwuwidzenia, które czyniło chorego niezdolnym do pracy zaproponowalem mu operacyję, na którą tenże chętnie się zgodził.

Dnia 22/6 b. r. wykonałem zabieg w następujący sposób: po znieczuleniu spojówki kokainą i obmyciu oka roztworem sublimatu 1:5000 przeciąłem nożykiem grotowym, a częścią nożyczkami postronek bliznowaty w całéj szerokości aż do tkanki podspojówkowéj cięciem prostopadłem do kierunku największego napięcia w środku między brzegiem rogówki a kącikiem zewnętrznym powiek (patrz fig. 1 linija a b). Podminowawszy następnie po obu stronach jak niemniéj powyżéj i poniżéj końców cięcia spojówkę tak, aby zwolnić napięcie do prawidłowych granic ruchomości gałki, zeszyłem rankę w kierunku do cięcia prostopadłym — a więc punkt, a z punktem b, dodając jeszcze po 1 szwie po każdéj stronie tak, że w rezultacie ranka zeszyta przybrała kierunek do pasma bliznowatego równoległy. Z załączonéj fig. 2 widać, że kosztem zwężenia pasma bliznowatego zyskaliśmy na znacznem przedłużeniu całego postronka. Teoretycznie sądząc mogliśmy w ten sposób przedłużyć powięź bliznowatą o całą téjże szerokość t. j. 1 cm. w naszym przypadku. W rzeczywistości przedłużenie było takiem, że przy patrzeniu wprost można było widzieć zmarszczki poprzeczne do kierunku blizny. Nawiasowo dodaję, że zbliżenie szwami punktu a z punktem b po poprzedniem wydatnem podminowaniu spojówki dało się z łatwością uskutecznić. Badanie wyniku operacyi zaraz dokonane, wykazało we wszystkich kierunkach widzenie pojedyncze. Po 3 dniach ranka wydawała się już *per primam* zgojona, skutkiem czego usunąłem szwy dotąd ściśle trzymające.



Fig. 1, linija a b.



Fig. 2.

Z góry przygotowany na możliwość zmniejszenia się skutku operacyi w czasie zrastania się podminowanego postronka z tkanką podspojówkową, postanowiłem zatrzymać pacyjenta w obserwacyi i od czasu do czasu stwierdzić dalszy przebieg. Jakoż dnia 27/6 b. r. przy przedstawieniu chorego prof. Rydlowi wykazało badanie, że wprawdzie przy patrzeniu wprost i ku dołowi utrzymuje się wszędzie widzenie pojedyncze, ale przy mocnem zboczeniu płomienia stoczka ku prawéj stronie i ku górze obrazek się zdwaja. Wobec dobrego zespojenia ranki usunąłem natychmiast opaskę dotąd stosowaną, przypuszczając, że unieruchomienie gałki wpłynęło głównie na to zmiejszenie się pierwotnego skutku. Zarazem postanowiłem zastosować parę razy postępowanie podane przez Michla przeciw porażeniu mięśni ocznych t. j. naciąganie gałki w kierunku postronkowi przeciwnym, a więc ku górze wewnątrz. Skutek spodziewany nie zawiódł, bo już po 2 naciąganiach nawet przy największem wysunięciu przedmiotu ku górze i na prawo dwuwidzenia wykazać nie można było. Od tego czasu badałem chorego codziennie aż do dnia 3 lipca i zawsze mogłem stwierdzić utrzymywanie zupełnego rezultatu tak co do pojedynczego widzenia, jak należytego nastawiania oka przy próbie przez zastawianie oka. Dnia 2 lipca postronek przedstawiał się tak niemal jak w szematycznym rysunku fig. 2. Chory nad wyraz zadowolony z wyniku naglił z powodu stosunków służbowych do domu tak, że dnia 3 lipca b. r. musiałem go uwolnić z obserwacyi. Wobec blizny pooperacyjnéj jednak zupełnie już skonsolidowanéj nie wątpię, że wynik ten stale się utrzyma.

Daleki jestem od przeceniania wartości téj drobnéj operacyi, sądzę jednak, że w niejednym podobnym przypadku, mogącym nas nakłonić do trudnéj, a wskutku niedostatecznéj lub wprost nieudałéj plastyki możnaby dojść do celu tą łatwą, a tak prostą drogą.

II. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał
Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Gruźlica gruczołu krokowego nagabuje zwykle osoby zołzowate, charlacze lub rozwija się obok gruźlicy jądra, cewki, płuc itd., daléj rozwinąć się może przy wrzodach kostnych, ropniach zimnych lub masach serowatych, usadowionych w miednicy n. p. przy *psoitis tuberculosa* wogóle spotykałem tę złośliwą postać bardzo rzadko. Rozpoznawanie opiera się głównie na anamnezie lub obecności złogów gruźliczych w innych narządach, a nadewszystko na wynikach hodowli wydzielin cewkowych, zawsze przystępnych badaniu, gdyż chorzy tacy skarżą się na skąpą lecz latami trwającą wydzielinę i ciągłe zlepienie otworu cewki. Rozumie się, iż hodowlę wykonać należy z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności, o jakich wspominałem w przypadku trzecim.

W omawianéj gruźlicy rozwija się czasem tak silny ból w międzykroczu, w okolicy lędźwiowéj i udowéj, iż zmuszeni jesteśmy stosować zastrzykiwania morfiny, a to wprowadzać nas może w błąd co do kamicy, lecz badanie moczu, dające tak wyraźne podstawy dla téj ostatniéj choroby, łatwo nas z błędu wyprowadzi. Wysięk gruźliczy śród szczęśliwych warunków zachowuje się czas jakiś obojętnie, z czasem jednak cały miąższ gruczołu wypełnia się masą serowatą i podlega prędkiemu rozpadowi, a wytworzone ropnie otwierają się do otrzewny, do pęcherza, kiszki prostéj, do cewki lub wreszcie w międzykroczu. Często rozwija się zapalenie otrzewny z zejściem śmiertelnem, lub tworzą się ropnie i guzy gruźlicze, przetoki stolcowe, wrzody zimne itd. Sprawa wikła się zwykle z gruźlicą nerek lub nadnercza. W klinice prof. Dittla miałem sposobność obserwować bardzo charakterystyczną postać gruźlicy gruczołu krokowego, która rozszerzyła się na cewkę i pęcherzyki nasienne, potem zajęła nadnercze prawe, a zakończyła się gruźlicą płuc. To był jedyny spostrzegany przezemnie przypadek gruźlicy pęcherzyków nasiennych.

Chory, charłak gruźliczy, wyrobnik, 50-letni, cierpiał od dawna na gruźlicę nerki i zmarł śród objawów mocznicy. Guz krokowy istniał w tym przypadku od 20 roku życia, dopiero pod wpływem niekorzystnych warunków hygienicznych, wskutek częstéj pracy nocnéj, do któréj chory nie nawykł, nieszczęść i strat materyjalnych, które zmusiły go do przepędzania nocy na ulicy i doprowadziły go do nędzy, wystąpiły bóle strzelające w cewce i międzykroczu, a przy badaniu można było wyczuć typowe chełboczące guzki na

gruczole krokowym i cewce, w okolicy gruczołów Cowpera, na całéj części błoniastéj, a przez odbytnicę wyczuwały się i na szyi pęcherza. Mocz zawierał białko i krew, po części czystą, po części w stanie skrzepłym, a wydzielała się strumieniem, po każdem urynowaniu. Wkrótce wystąpił kaszel i gorączka, chory wychudł niezmiernie, moczu oddawał coraz mniéj, nadto wstrzymywał się od wydalania takowego z zamiarem uniknięcia bólów, które stawały się tak gwałtownemi, iż chory jęczał i ściskał zęby. Zupełne wstrzymanie moczu wystąpiło w drugim tygodniu choroby. Sekcyja wykazała liczne gruzełki w lewéj nerce i lewym pęcherzyku nasiennym, po części świeże, po części rozpadłe już i jako masa gęsta się przedstawiające. Obok tego znaleziono część gruczołu krokowego i część błoniastą cewki wypełnioną wielkiemi guzami gruźliczemi, a między niemi resztki tkanek zdrowotnych. Preparat znajduje się w muzeum patologicznem w Pradze.

Gruźlica gruczołu krokowego służy nam często za punkt wyjścia przy rozpoznawaniu; gdy więc znajdziemy ropę i krew w moczu, bezwarunkowo badać należy gruczoł krokowy; jeśli znajdziemy go bolesnym, obrzmiałym, guzkowatym lub kanciasto przekształconym, jeśli jednocześnie w moczu uda nam się odkryć obecność kępek lub strzępków serowatych, wtedy już jest wielkie prawdopodobieństwo, iż mamy do czynienia z gruźlicą narządu moczopłciowego. Czy sprawa ogranicza się tylko w danym razie do gruczołu krokowego i pęcherza, czy też przechodzi na nerki i gdzie występuje pierwotnie? V i r c h o w i R o b e r t s zebrali statystykę omawianéj gruźlicy, a cyfry wykazały 30% więcéj przypadków téj choroby w nerkach; toż samo odnosi się i do natężenia sprawy, która odznacza się o wiele większą siłą niszczącą w nerkach, niż w dolnych odcinkach narządu moczopłciowego. Gdy więc wykażemy w osadzie moczu masy serowate, ropę, prątki gruźlicze itd., wtedy prawie na pewne twierdzić możemy, iż nerki i miedniczki biorą udział w wyższym lub niższym stopniu, wreszcie objawy gorączkowe i charłacze, bóle strzelające w okolicy lędźwiowéj, których nigdy nie brak w *Pyelitis,* utwierdzą nas do reszty w prawdziwości rozpoznania.

Zmiany anatomiczne polegają na nagromadzeniu nacieczeń żółtawych, zlewających się ze sobą i z czasem wypełniających cały miąższ narządu tak, iż nie jesteśmy w stanie odnaleść właściwéj jego budowy; nacieczenia te w cewce sadowią się najczęściéj około otworów wytryskowych, otworów gruczołu krokowego, na fałdach gruczołów Cowpera i w główce koguciéj; w gruczole krokowym nacieczenie serowate rozwija się na górnéj powierzchni zrazików bocznych, potem rozszerza się na płat średni, a ztamtąd na *vas deferens*; w nerkach sprawa zaczyna się najczęściéj na wnęce i moczowodach lub na miedniczkach, ztamtąd powoli rozszerza się na piramidy Bertiniego, a nawet przechodzi na istotę korową, przytem gruzełki miedniczek mają więcéj postać płaską, rozlaną, a gruzełki miąższowe więcéj postać guzkowatą. Nerka wogóle powiększa się, nabiera zarysów niewyraźnych, kąty uwydatniają się, powłoka grubieje, szczególniéj w miejscach, odpowiadających gruzełkom i nabiera odporności prawie chrząstkowatéj, a nawet nosi ślady ognisk serowatych. W późniejszych okresach naciek serowaty otwiera się do miedniczek, a cała nerka przedstawia się w postaci grubego worka, napełnionego gęstą serowatą masą i rozdzielonego gdzieniegdzie włóknami ocalonéj tkanki łącznéj, a nietracącego spójni z miedniczkami. Sprawa rozpoczyna się często z cewki lub szyi pęcherza, lecz najczęściéj z jąder lub przyjądrza, zkąd przechodzi na powrózek nasienny lub też z gruczołu krokowego na pęcherz i moczowody, a w końcu przechodzi na nerki; często jednak na téj drodze pomija niektóre z wymienionych narządów, n. p. zajmuje gruczoł krokowy i miedniczki lub szyję pęcherza i moczowody i t. d.

U kobiet przebieg gruźlicy jest podobny do opisanego, a różnica polega głównie na sposobie rozwijania się i przerzucania gruzełków. Wiemy, iż najczęściéj podlegają gruźlicy trąbki Falopii, rzadziéj jajniki i macica. Statystyka R o b e r t s a, poszukiwania H u b e r a (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* IV., s. 609) i H o f f m a n a (*ibidem* III., s. 67) wykazały, iż gruźlica u kobiet przerzuca się z organów płciowych na moczowe, ale nigdy naodwrót. Spotykamy tu najczęściéj gruźlicę nerki lewéj, rzadziéj obydwóch nerek, które po części wskutek zapchania masami serowatemi i zapalenia tkanki łącznéj otaczającéj moczowody (*Periuretheritis),* po części wskutek nagromadzania wysięku w saméj nerce, przedstawiają się w kształcie mniejszego lub większego guza. W sąsiednich gruczołach chłonnych, gruczołach krezkowych i innych oddalonych narządach spostrzegano liczne wykwity gruźlicy prosówkowatéj; daléj gruźlicę płuc, a nawet serowate przerodzenie i zniszczenie kręgów lędźwiowych, jak to opisał R o s e n s t e i n (*Berl. klin. Woch.*, 1886, p. 67).

Pozostaje nam jeszcze określenie, w jaki sposób rozchodzi się jad gruźliczy w ustroju i zkąd dostają się prątki gruźlicze do narządu moczopłciowego. W tym celu przytoczę tu pracę W e i g e r t a i J a n i e g o (*Virch. Arch.*, 1886), które wskazują, iż przy ogólnéj gruźlicy pierwsze objawy takowéj w omawianym narządzie występują prawie zawsze w układzie żylnym. Za pierwotną postać gruźlicy jądra i gruczołu krokowego uważać należy gruzełki żyły nasiennéj i *v. haemorrhoidalis med., v. vesicalis med. et infer.;* w pierwotnéj zaś fazie gruźlicy nerek zawsze znajdziemy gruzełki na żyle nerkowéj. W przypadku Janiego znaleziono na tylnéj powierzchni prawéj żyły nerkowéj, na odcinku średnim, prawie przed zlaniem się z żyłą główną naciek gruźliczy 2·5 ctm. długi, 7 mm. szeroki, żółty, z lekka otorbiony, o nierównéj powierzchni, obok zupełnie niezajętego sprawą światła żyły. Takiż przypadek znajdujemy w opisie F a r g a n a (*Arch. gener. de Med.*, 1886) i W e i g e r t a (*Virch. Arch.*, Bd. 88). Podobnież dzieje się w gruźlicy nadnercza. W przypadku gruźlicy tego narządu, jaki obserwowałem w pracowni prof. Kundrata, znalazłem lewe nadnercze cokolwiek powiększone i zgrubiałe, o znacznéj odporności, a wykwit gruźliczy 11 mm. dłuższéj, a 5 w małéj przekątni, dochodził do powierzchi nadnercza; cięcie drugie, poniżéj pierwszego dokonane, wykazało, iż powstał on z tylnéj ściany żyły nadnerkowéj lewéj, która przedstawiała się w tem miejscu w postaci łoża półksiężycowatego wypełnionego masą serowatą i prawie zupełnie zapychającego światło żyły, aż do ujścia jéj do żyły głównéj; ta ostatnia nie przedstawiała na swym przebiegu żadnych zmian widocznych. Nadnercze prawe pokryte było gruzełkami tylko w górnéj połowie: na odnośnéj żyle, przy ujściu do głównéj, znalazłem trzy wykwity wielkości ziarna prosa, daléj jednak całe jéj światło było wypełnione guzkami większemi tak, iż zgłębnika wprowadzić nie mogłem. Badanie drobnowidowe wykazało zwykłą budowę ognisk serowatych, które ze ścian żyły wkraczały do jéj światła i ginęły na bł. wewnętrznéj, a w pojedynczych gruzełkach i w ścianach ich znalazłem bardzo liczne prątki gruźlicze.

Według Klebsa gruźlica nadnercza powstaje często obok nacieczeń i ropni stawowych, z następczem przerodzeniem serowatem stawów. Sprawa rozpoczyna się tu na błonie surowiczéj, w któréj z powodu kosmkowatej budowy i licznych rozgałęzień żylnych krew płynie wolniéj i usposabia do osa-

dzania się drobnoustrojów. Na poprzecznem przecięciu błony surowiczéj widzimy masę cokolwiek zmarszczoną w stanie nacieku drobnoziarnistego wskutek zgorzeli przybłonka (*coagulatio necrotica endothelii*). Podobne stosunki anatomiczne, jak wiemy, istnieją i w nadnerczu [1]) i w żyle nerkowéj, łatwo więc zrozumiemy, dlaczego w tym narządzie łatwiéj niż w innych rozwijają się objawy gruźlicy. Daléj wiemy, iż w żyle nerkowéj krew przebiega bardzo wolno i że z powodu bardzo obfitego rozgałęzienia naczyń krwionośnych, tworzących liczne zagięcia i rozgałęzienia (Maiglocke) zastoje żylne również łatwo powstać mogą i tam też najczęściéj znajdujemy ogniska gruzełków. Podobne objawy, upoważniające do tego przypuszczenia, widzimy też w sprawach zatorowych (Klebs) i w osadzaniu się w systemie żylnym prątków wąglika. (C. d. n.)

III. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

15) P. U., 37 lat mający, robotnik fabryczny z Płazy, przybył dnia 24/4 rano do szpitala: a) blisko lewego stawu barkowego poniżéj obojczyka jest okrągła rana, mająca 5 mm. w średnicy, z obwódką 1 mm. szeroką, druga rana w linii pozioméj jest poniżéj grzebienia łopatki lewéj, o brzegach nieco nierównych. Ruchy w stawie barkowym upośledzone i bolesne; b) na grzbiecie ręki lewéj tuż koło kości śródręcza palca wskazującego jest okrągła rana, mająca 5 mm. w średnicy, po stronie dłoniowéj téjże ręki jest rana o brzegach nierównych, z których brzeg górny o 2 milimetry po nad dolny wystaje; c) w połowie uda lewego, nieco na wewnątrz od linii środkowéj jest okrągła rana, o średnicy 5 mm. z małym brzegiem nekrotycznym, a na tylnéj powierzchni tegoż uda jest okrągława rana, o średnicy 7 mm., z brzegami nieco postrzępionemi. Rany te poniósł jednocześnie z odległości 30 kroków. Oczyściłem je rozczynem sublimatu $^1/_2 \permil$ bez przepłókiwania lub sondowania kanałów postrzałowych i założyłem opatrunek jodoformowy. Z ran na przedniéj powierzchni stawu ramieniowego i uda oddzieliła się po dwóch tygodniach mała obrączka nekrotyczna, a dwa tygodnie zaś późniéj były rany zabliźnione z wyjątkiem rany na dłoni, która się dopiero dnia 3/6 wygoiła. Wydzielanie ropy z ran postrzałowych było bardzo nieznaczne i tylko powierzchowne. Z kanałów postrzałowych ropa się wcale nie wydzielała. Ruchomość kończyną górną lewą w stawie barkowym nieco utrudniona, również władanie lewym wskazicielem, mianowicie zginanie, upośledzone. Kość śródręcza tegoż palca zgrubiała.

16) M. K., 24 letni, pomocnik stolarski z Harbutowic, doznał rany postrzałowéj pośladka lewego, pobiegł do domu odległego około 1000 kroków, a nazajutrz to jest dnia 24/4 przybył do szpitala. Rana $3^1/_2$ cm. długa, $1^1/_2$ cm. szeroka, kształtu eliptycznego koło lewego górnego kolca przedniego (*spina anterior superior*), o brzegach dość gładkich. Kość biodrowa w okolicy rany obnażona z okostnéj na przestrzeni 4 cm. kw. Kanał postrzałowy drąży przez lewy pośladek i kończy się raną skórną nad lewym brzegiem kości krzyżowéj, gdzie tkwią dwa małe kawałeczki płaszcza osłony stalowéj, które usunięto. Po oczyszczeniu ran założono opatrunek jodoformowy. 26/4 tętno 108, c. 38·7° C. 27/4 t. 90, c. 39·0° C. 28/4 t. 90, c. 38·5° C. 29/4 t. 84, c. 38·5° C. Opatrunek dość mocno przesiąknięty zmieniono. Rana po lewéj stronie kości krzyżowéj wydziela znaczną ilość ropy i strzępki zgorzelinowe. Po nad kością krzyżową chełbotanie. Po nacięciu wypłynęła ropa, a badając palcem natrafiłem w jamie na kawałeczek stali zagiętéj, w któréj był kawałeczek sukna. Kanał postrzałowy i ranę ropiejącą przestrzykałem sublimatem, następnie wpuściłem zawiesinę jodoformu w glicerynie (5%). Opatrunek jodoformowy. Dnia 30/4 t. 78, ciepłota 38·0° C. 1/5 t. 65, c. 37·6° C. 2/5 t. 84, c. 37·0° C. Opatrunek przesiąknięty zmieniono jak w dniu 29/4. Także zmiana opatrunku nastąpiła w dniu 11/5. Ropienie mniejsze. Odtąd przy zmianach opatrunków zaniechałem przestrzykiwań i wpuszczania zawiesiny jodoformowéj, tylko rany przysypywałem jodoformem i opatrywałem antiseptycznie. Za kilka dni utworzył się na pośladku lewym ropień, który przeciąłem. Rana ta zabliźniła się w tydzień, z poprzednich ran zaś powstawała bujna ziarnina, którą przyżegiwałem azotanem srebra. Całkowite zabliźnienie nastąpiło dopiero z początkiem lipca, tak, żem chorego dopiero d. 12/7 z szpitala mógł wypuścić.

17) B. F., wyrobnik wiejski z Międzybrodzia lipnickiego, doznał rany postrzałowéj lewego przedramienia z odległości 150 kroków. Przybywszy nazajutrz do szpitala okazywał po stronie dłoniowéj przedramienia lewego, w odległości 4 cm. od wyrostka rylcowatego kości sprychowéj (*proc. styloideus radii*) eliptyczną ranę blisko jeden centimeter w średnicy mającą; kanał postrzałowy biegnie 5 cm. ku górze, tuż pod skórą i tworzy przy wyjściu przeczos 4 cm. długi i przeszło 1 cm. szeroki. Na sublimatem oczyszczoną ranę, założono opatrunek jodoformowy i ułożono kończynę na mitelí. Ropienie było mierne, po 3 tygodniach wytworzyła się w ranie postrzałowéj i wystrzałowéj obfita ziarnina, wymagająca do zabliźnienia 5 tygodni czasu.

18) X. N., 20-letni robotnik fabryczny, doznał ran postrzałowych z odległości 130 kroków, a zgłosiwszy się u mnie trzeciego dnia okazywał na skórze klatki piersiowéj brzucha i na lewym udzie z przodu kilkanaście drobnych, niekształtnych ran, wielkości od ziarnka soczewicy do połowy małego paznogcia, nie drążących przez całą grubość skóry, a mających zupełne podobieństwo do ran, jakie okazują robotnicy w odlewarniach zatrudnieni, jeżeli płynna, wrząca masa metalowa na skórę pryśnie.

W dodatku pozwalam sobie przytoczyć historyję choroby i wynik sekcyi zmarłego wskutek pchnięcia bagnetem w brzuch, którego doznał równocześnie z powyżéj przytoczonymi rannymi od żołnierza.

J. W., 33 lat liczący, pomocnik rzeźniczy z Buczkowic, wkrótce po doznanem uszkodzeniu przybył do szpitala i okazywał prócz rany ciętéj 4 cm. długiéj po nad lewą kością boczną ranę 4 cm. długą w okolicy przodkowego kolca górnego lewéj kości biodrowéj, o brzegach gładkich w środku na 1 cm. odstających. Bębnica, wymioty. Ranę oczyszczoną sublimatem pokryłem opatrunkiem jodoformowym, wewnętrznie koniak, lód, morfinę. Dnia 24/4 tętno 150, bardzo słabe, ciepłota 37·5° C., wymioty trwają daléj, bębnica większa. Opatrunek dość przesiąknięty surowicą krwi zmieniłem i wstrzyknąłem w ranę zawiesinę jodoformu w glicerynie. O 8-méj wieczór zejście śmiertelne.

Sekcyja: rana na brzuchu sięga ukośnie ku stronie prawéj przez wszystkie mięśnie, otrzewna otwarta na przestrzeni 4 cm. Obie ściany kiszki zstępującéj okazują gładkie 3 cm. szerokie, skośne rany na wylot. Podobne rany na jelicie biodrowém. Poniżéj prawego więzu Pouparta gładko przecięta otrzewna na przestrzeni 2 cm. Kanał kończy się ślepo na 2 cm. od więzu Pouparta. Ogólne ropne zapalenie otrzewny. W małéj miednicy nagromadzona ropa i nieco kału.

Krytyczny rozbiór zadanych uszkodzeń.

Jakkolwiek doświadczenie zebrane tutaj nie da się bezwarunkowo przenieść na teatr wojny, strzały bowiem padły z tak małéj odległości, kilkudziesięciu do stokilkudziesięciu kroków, podczas gdy w wojnie dalekonośna broń ta ranić będzie z odległości kilkutysięcy kroków, to jednak choć w przybliżeniu przedstawić sobie z dotychczasowego doświadczenia będziemy mogli obraz rannych w przyszłéj wojnie, jeżeli się zważy tak ogromną chyżość i dalekonośność pocisków, jak to na wstępie wspomniałem. Wielkiéj bowiem różnicy między ranami temi a zadanemi z odległości kilkuset

[1]) Patrz: „Poszukiwania nad innerwacyją nerki“, *Nowiny Lekarskie*, Nr. 3—5, r. 1889.

do dwutysięcy kroków nie będzie, jak to zresztą porównanie z wynikami doświadczeń na zwierzętach okaże, w czem się powołam na powyżéj przytoczoną pracę doświadczalną Dra Habarta jako i Brunsa [1]). W ocenieniu uszkodzeń osobno się zastanowię nad temi, które zadała kula w postaci niezmienionéj t. j. tak, jak z lufy wyrzuconą została, a osobno nad ranami zadanemi kulą odbitą, która tym sposobem straciwszy pierwotny kształt i objętość inne zadać musiała uszkodzenia.

a) Rany zadane kulą całą.

Pocisk cały z tak małéj odległości trafiając części ciała o mniejszéj czy większéj zbitości, mniejszéj czy większéj objętości przeszywał ciało na wylot, czyniąc rany stosunkowo nie wielkie, a przeszywając wszystko, co po drodze napotykał w jednéj linii prostéj, łączącéj ranę postrzałową z raną wystrzałową. Rany te niewątpliwie i z odległości kilkutysięcy kroków będą nie inne, jak to Dr. Habart podaje, kiedy kula z odległości 1500—2000 kroków przeszła ciało końskie na wylot. Prof. Bruns przeszył z odległości 100 kroków 5 zwłok ludzkich. W zwłokach do doświadczeń użytych nie znaleźli i z téj odległości kul, tak jak ja całéj kuli nie znalazłem. (C. d. n.)

IV. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad znachodzeniem się prątków durowych w moczu osób durem dotkniętych.

Podał
Dr. Justyn Karliński
w Stolacu w Herzegowinie.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Jak to już poprzednio wspomniałem, badanie bakteryjologiczne moczu podjąłem był jeszcze w 38 przypadkach duru i to za życia pacyjentów, na tem miejscu przedkładam w krótkości odnośne wyniki.

VII. 4-ty dzień choroby. W moczu wybitne ślady białka, ciepłota 40·2. Mocz wypuszczono za pomocą zjałowionego cewnika, tenże zawiera w 21 hodowlach płytkowych uskutecznionych z 1 ctm³, 14 kolonij prątka durowego. Następnego dnia znaleziono tąż drogą równą ilość prątków, w 8-ym dniu choroby z powiększeniem się ilości białka w moczu wzmaga się i ilość prątków. mocz zawiera tychże średnio 60 w 1 ctm³. Ku końcowi drugiego tygodnia choroby, z obniżeniem się ciepłoty i zmniejszeniem się ilości białka opada również i ilość prątków. Brak ich zupełny w 16 tym dniu choroby, w którym to czasie białka w moczu wykazać nie można było.

VIII. 6-ty dzień choroby. Ciepłota 39·6, mocz winożółty bez białka, hodowle płytkowe i obrotowe pozostały jałowemi. W 10-tym dniu choroby stały ślad białka, brak jednak prątków durowych, które w tym czasie w kale już wykazanemi być mogły.

IX. Atypowy przypadek duru z małemi podniesieniami ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano 14-go dnia choroby. Mocz przez cały czas przebiegu choroby bez białka i bez prątków durowych.

X. Ciężki przypadek duru połączonego z zapaleniem włóknikowem płuc (obacz przypadek VIII. w pracy „*Zur Frage der Entstehung der typhoesen Pneumonie*“). Prątki durowe w kale wykazano w 12-tym dniu choroby, w 13-tym występuje białkomocz, w moczu 60 kolonij prątka durowego w 1 ctm³. Po śmierci wyhodowano z miąższu płucnego prątki durowe i *Streptococcus pyogenes.*

XI. Białkomocz wystąpił w 3 dniu choroby. Prątki durowe w moczu dały się wykazać od 3 do 14 dnia choroby. Ilość ich codziennie prawie się zwiększa, prątki durowe w kale wykazać się dały w 14-tym dniu choroby.

XII. Przypadek duru o przebiegu typowym, jednak bez białkomoczu, prątki durowe w kale wykazano 10-go dnia choroby. W moczu brak tychże zupełny.

XIII. Atypowy przebieg duru o niskiéj i często opadającéj gorączce. Prątki durowe w kale wykazać się dały zaledwo w 17-tym dniu choroby. W moczu brak zupełny białka i prątków durowych.

XIV. 6-ty dzień choroby. Ciepłota 40·6°, w moczu wielkie ślady białka, w 1 ctm³ 120 kolonij prątka durowego. Ilość kolonij w moczu wzrasta równolegle do wzmagania się śladów białka w moczu. Prątki durowe w kale wykazać się dały w 11-tym dniu choroby. Ze względów socyjalnych zaniechać musiano obdukcyi zmarłego w 14-tym dniu choroby pacyjenta.

XV. Białkomocz występuje 5-go dnia choroby, w tymże czasie wykazano w moczu za pomocą hodowli płytkowych i obrotowych 16 kolonij prątka durowego w 1 ctm³. Ilość tychże wzrasta aż do 16-go dnia choroby, w którym to dniu w 1 ctm³ 232 kolonij w moczu. Prątki durowe w kale dały się wykazać w małéj ilości dopiero w 15-tym dniu choroby.

XVI. Atypowy przypadek duru połączonego z żółtaczką. Białkomocz występuje w 6-tym dniu choroby. Prątki durowe w nader małéj ilości wykazano w moczu już w 6-tym dniu, w 10 tym ilość ich wynosi 10 w 1 ctm³. Prątki durowe w kale dały się wykazać dopiero w 17-tym dniu choroby.

XVII. Białkomocz występuje w 2-gim dniu choroby; prątki durowe w moczu dały się jednak dopiero w 7-mym dniu choroby wykazać. ilość tychże w 8-mym dniu wynosi 21 w 1 ctm³.

XVIII. Typowy przypadek duru z przemijającemi śladami białka w moczu w 3 i 4-tym dniu choroby. Prątków durowych w moczu mimo przedłużonego aż do 17-go dnia choroby badania wykazać nie można, natomiast w kale w 13-tym dniu choroby wielkie ilości tychże.

XIX. 9 ty dzień choroby. Ciepłota 40·2° C., brak białkomoczu i prątków durowych w moczu; tenże sam wynik aż do 14-go dnia choroby, w którym mimo opadnięcia ciepłoty naraz występuje białkomocz z wielką ilością prątków durowych w kale. Tenże wynik utrzymuje się aż do 24-go dnia choroby, w którym ropę w moczu wykazano, poczem prątki durowe w moczu zupełnie zginęły.

XX. Typowy przebieg duru, bez białkomoczu i prątków durowych w moczu. Prątki durowe w kale wykazano w 10 tym dniu choroby.

XXI. Atypowy przypadek duru z częstem opadaniem i ponownem wzmaganiem się ciepłoty. Brak białkomoczu i prątków durowych w moczu; w kale wykazać się one dały od 10 do 21-go dnia choroby.

XXII. Atypowy przypadek duru. Prątki durowe w kale wykazano w 13-tym dniu choroby. Brak białkomoczu i prątków durowych w moczu.

XXIII. 4-ty dzień choroby, ślady białka w moczu, w 1 ctm³ 8 kolonij prątków durowych. Też same dały się w kale w 13-tym dniu choroby wykazać, znikają zaś w moczu w 16, w kale w 21-ym dniu choroby.

XXIV. Atypowy przypadek duru, prątki durowe w kale wykazano 10-go dnia choroby. Brak białkomoczu lub prątków durowych w moczu przez cały przeciąg choroby.

XXV. Atypowy przypadek duru bez białkomoczu. Prątki durowe w kale wykazano w 11-tym dniu choroby, w moczu brak ich zupełny.

XXVI. Atypowy przypadek duru połączony z zapaleniem płuc włóknikowem. Białkomocz 7 go dnia choroby, w 8-ym w 1 ctm³ niezliczona ilość prątków durowych przy zupełnym braku innych drobnoustrojów. Tenże sam wynik aż do przełamania się zapalenia płuc w 13 tym dniu choroby, znikają one zupełnie w dniu 14-tym. Prątki durowe w kale dały się wykazać w 17-tym dopiero dniu choroby.

XXVII. Atypowy przypadek duru; prątki durowe w kale wykazano w 9-tym dniu choroby, w moczu brak ich równie jak i białka.

XXVIII. Atypowy przypadek duru z małemi wzniesieniami ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano w 11 tym dniu choroby; brak białkomoczu i prątków durowych w moczu.

[1]) *Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre* von Dr. Paul Bruns. Tübingen, 1889.

XXIX. Atypowy przypadek z szczególniejszemi, zupełnie przebieg zimnicy przypominającemi wzniesieniami okresowemi ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano w 13-tym dniu choroby, w moczu brak białka i prątków durowych.

XXX. Przypadek zupełnie poprzedniemu podobny. Białkomocz występuje w 6-tym dniu choroby, prątki w moczu w nader małéj ilości. Ilość tychże wzrasta w następnych dniach 4-ech i wynosi w 11-tym dniu 60 w 1 ctm³.

XXXI. Atypowy przebieg duru z wzniesieniami okresowemi ciepłoty, przypominającemi przebieg duru powrotnego. Prątki durowe w kale dały się dopiero w 17-tym dniu choroby wykazać. W moczu brak białka i prątków przez cały przebieg choroby.

XXXII. Dziecię 9-letnie zapada wśród stałego podniesienia się ciepłoty, bez śladów jakiejkolwiek wysypki, bez zaburzeń w przewodzie pokarmowym lub oddechowym. Aż do 4 go dnia choroby rozpoznanie musiało pozostać w zawieszeniu; w tymże dniu występuje białkomocz, a badanie bakteryjologiczne moczu wykazuje dopiero w 6-tym dniu choroby prątki durowe w tymże przypadku pomięszane wraz z *Streptococcus pyogenes*. Tenże sam wynik badania wśród następnych dni 8-iu. W 14-tym dniu choroby występują stolce płynne krwawe, w których prątki durowe wykazano.

W przypadkach o typowym przebiegu Nr. XXXIII, XXXIV, XXXV nie zauważono białka moczu, w tychże badanie bakteryjologiczne moczu podjęte codziennie wydało wynik ujemny. Prątki durowe w kale dały się już w 11-tym dniu choroby wykazać.

XXXVI. Typowy przypadek z białkomoczem począwszy od 4-go dnia choroby. Prątki durowe w moczu wykazano w 5-tym, w kale dopiero w 12-tym dniu choroby.

XXXVII. Atypowy przypadek duru z krótkotrwałem podniesieniem się ciepłoty połączony z żółtaczką. Białkomocz występuje w 8-ym dniu choroby. W moczu w 1 ctm³ 12 kolonij prątka durowego.

W atypowych przypadkach Nr. XXXVIII, XXXIX, XL nie znaleziono białkomoczu, wynik badania bakteryjologicznego moczu ujemny. W kale pojawiły się prątki durowe od 14-go dnia choroby począwszy.

XLI. Typowy przypadek duru z znacznem podniesieniem ciepłoty. W 3 im dniu choroby ślad białka w moczu, brak jednak prątków durowych tamże. Dopiero z pojawieniem się wybitniejszych śladów białka w 7-ym dniu występują one w moczu, w kale wykazano je w 13 tym dniu choroby.

XLII. Przypadek duru z nadzwyczaj silną osutką tak, że zaraz o durze osutkowym myślano. Białkomocz występuje w 2-gim, moczenie krwią w 3 im dniu choroby. W tymże dniu w 1 ctm³ 37 kolonij prątka durowego. Prątki te wahając ilościowo utrzymują się aż do 17-go dnia choroby. W kale dały się wykazać w 13-tym dniu choroby.

W świeżo obserwowanych przypadkach Nr. XLIII i XLIV nie znaleziono w moczu białka i prątków durowych.

Zbierając wyniki dopiero co podanych poszukiwań znajdziemy w pierwszéj linii, że wśród 44 obserwowanych przypadków tak typowego jak i atypowego duru brzusznego badanie wydało w 21 przypadkach wynik dodatni, a mianowicie były to bez wyjątku te przypadki, w których białkomocz znaleziono. W przypadkach pojawienia się przemijającego białkomoczu prątków durowych nie znaleziono. W drugim razie prątki durowe w moczu dają się o wiele wcześniéj niż w kale wykazać; tamże, jak mnie na innem miejscu wspomniane odnośne badania pouczyły, zwykły się też co najwcześniéj w 9-tym dniu choroby pojawiać, podczas gdy w moczu wykazanie nie rzadko już w 3-cim dniu choroby udaje się. Badaniu bakteryjologicznemu moczu w przypadkach podejrzanych wartości środka dyjagnostycznego odmówić nie można. Badanie to udaje się daleko łatwiéj niż badanie kału na prątki durowe, gdyż jeżeli tylko należycie zjałowiony cewnik i naczynia użytemi zostały, braknie zupełnie utrudniających badanie kolonij drobnoustrojów gnilnych lub powietrznych i otrzymuje się albo zupełnie jałowe płytki, albo też hodowle czyste prątka durowego.

W poszukiwaniach powyżéj podanych raz jeden udało mi się obok prątka durowego znaleźć *Streptococcus pyogenes*, który się nie rzadko w zapaleniach poszkarlatynowych nerek w moczu znachodzi, być może, że opisany przypadek był mięszanem zakażeniem szkarlatynowo durowem. Posługiwanie się równoległe hodowlami płytkowemi i obrotowemi ułatwia niezmiernie badanie, gdyż przez to w razie znalezienia obok prątków durowych innych drobnoustrojów łatwo rozstrzygnąć można, czy takowe przypadkiem nie spadły z powietrza w ciągu badania.

W dalszym ciągu poszukiwań moich podjąłem szereg doświadczeń nad zachowaniem się prątków durowych w moczu białko zawierającym i w tym celu zebrany do jałowych naczyń mocz zachowywałem przy ciepłocie termostatów 32° C., 36° C., 39° C., obserwując codzienne wzmaganie się ilości prątków.

Załączona tabliczka wyników opartych, co prawda, na niewielkiéj ilości spostrzeżeń służyć może jako przykład.

Ilość kolonij w 1 ctm³ moczu.

	Dzień	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
I.	32	16	30	190	300	300	690	690	900	900
	36	16	90	300	740	860	—	1400	—	3000
	39	16	160	—	965	1060	1300	1700	2900	4600
II.	32	60	460	700	—	—	—	2100	4900	∞
	36	60	510	1100	—	3270	4116	7100	∞	∞
	39	60	710	—	3900	6000	6000	1000	∞	∞
III.	32	40	—	610	1900	2900	—	—	—	7800
	36	40	—	—	2900	—	4000	—	6800	100000
	39	40	—	3000	—	7900	110000	17890	∞	∞
IV.	32	12	—	—	—	—	710	—	—	1400
	36	12	—	—	1100	2400	4700	—	—	10690
	39	12	790	910	—	—	11460	13240	17690	—
V.	32	6	73	—	270	520	690	900	—	—
	36	6	200	—	—	—	1400	1700	2000	3600
	39	6	760	—	960	1060	1700	4000	7600	—
VI.	32	15	36	290	400	490	910	1400	4700	11060
	36	15	790	1900	3000	—	7400	—	—	290000
	39	15	1000	—	7400	—	100000	100000	28000	470000
VII.	32	26	940	—	1000	—	2500	—	7490	9700
	36	26	2140	—	9136	—	—	100000	∞	—
	39	26	3600	—	—	—	—	14890	∞	∞
VIII.	32	230	—	—	3000	—	—	109960	—	∞
	36	230	—	6400	25000	—	—	∞	∞	∞
	39	230	7600	11000	∞	∞	∞	—	—	∞

Z cyfr tych wypływa, że w moczu białko zawierającym prątki durowe żywotność swoją zachowują i nawet rozmnażają się, że rozmnażanie się w cieplocie 36° i 39° C. prędzéj do skutku przychodzi niż w cieplocie 32° C. W dwóch próbkach z moczu zawierającego białko i prątki durowe rozcieńczonych równą ilością normalnego jałowego moczu prątki durowe zachowały żywotność swoją 170 dni. W moczu żółtaczkowym zginęły już po 5-ciu dniach.

Stolac w czerwcu 1890

Literatura: [1]) Revue des méd. 1881 p. 671. — [2]) Deutsche med. Wochenschrift 1885. — [3]) Bacteriologische Studien zur Typhusaetiologie p. 16. -- [4]) Fortschritte der Medizin 1886, p. 447. — [5]) Archives de Physiologie normale et pathologique 1887, p. 252. — [6]) Centralblatt für Bacteriologie. Bd. 6, 1889, Nr. 24. — [7]) Karliński: Zur Kenntniss der atypischen Typhusfälle (Münch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 46—47. — Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietypowym przebiegu. Nowiny Lekarskie 1889, Nr. 8—9. — [8]) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 18.

V. Oceny i sprawozdania.

Wysoko usadowiony rak odbytnicy. — Operacyja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. — Wyleczenie.

Z kazuistyki krajowego szpitala w Czerniowcach, wraz z ogólnemi uwagami nad metodami operacyi raka odbitnicy,

skreślił

Dr. Włodzimierz Załoziecki,

Prymaryjusz oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

(Podług odczytu mianego w Towarzystwie lekarzy Bukowińskich dnia 29 Marca b. r. [1]).

Z pośród licznych chorych dotkniętych rakiem zasługują najbardziéj na współczucie ze strony lekarza ci nieszczęśliwi, którym rak odbytnicy dostał się w udziele, gdyż takowy tak z powodu swéj złośliwości w przebiegu, jak również z powodu nieszczęśliwéj swéj lokalizacyi jest powodem tak niewymownych katuszy, iż często w praktyce napotykamy chorych dotkniętych powyższem cierpieniem, którzy mimo heroicznego usposobienia i hartu z utęsknieniem wyczekują rychléj zamiany swego ciężko doświadczonego żywota na śmierć. W rozpaczliwem swojem położeniu chorzy decydują się nader prędko na każdą operacyję, a wobec niedołężności i niebezpieczeństwa dawniejszych metod operacyjnych do niedawnego czasu sumiennego chirurga nie mało dręczyła niepewność, czy w przypadkach znaczniejszego postępu choroby, (a niemal same tylko takie przypadki były dotychczas przedmiotem konsultacyi chirurgów, albowiem miejscowe badanie odbytnicy tak rzadko i po dziś dzień się w wewnętrznéj praktyce wykonywa, że wczesne rozpoznanie raka odbytnicy do rzadkich niestety należy zdarzeń), należało doradzać do operacyi radykalnéj, lub nie. Ja z méj strony w początkach praktyki mojéj po kilkukrotnych smutnych doświadczeniach co do metody Lisfranca i Dieffenbacha ostatecznie z zasady tego rodzaju chorych wysyłałem do klinik w Krakowie i Wiedniu, a gdy wyniki i tych przez mistrzów chirurgii wykonanych operacyj nie były pożądanym skutkiem uwieńczane i u tych chorych nawet, którzy operacyję szczęśliwie przebyli, nader prędko recydywa się okazywała, zaniechałem całkowicie w minionym dziesiątku lat doradzenia radykalnéj operacyi, zalecając tylko kolotomiję, aby przynajmniéj po części zmniejszyć cierpienia owych nieuleczonych pacyjentów i uczynić ich egzystencyję, o ile to w ogóle możebnem jest, znośniejszą. Nader jednak małe zadowolenie ta rada mnie i chorym przynosiła, a zrobiwszy spostrzeżenie, że u nas na Bukowinie i w pogranicznych częściach Mołdawii i Besarabii, szczególnie wśród żydowskiéj ludności, raki najniższego odcinka odbytnicy nie należą wcale do rzadkości, śledziłem z całą uwagą wszystkie zabiegi proponowane celem niesienia pomocy w téj chorobie.

Dawne, jeszcze w roku 1822 podane przez Lisfranca postępowanie wyłuszczenia odbytnicy, które dla pewnych przypadków jeszcze dzisiaj stanowi utartą metodę, zasadza się, jak wiadomo, na przeprowadzeniu dwóch cięć półksiężycowatych naokoło rzyci, przyczem rzyć i odbytnica jako całość zamknięta zostają odpreparowane aż do zdrowéj granicy z periproktalnéj tkanki łącznéj, a następnie poprzecznie odcięte, poczem ściągnięty górny koniec zdrowéj kiszki przyszywa się kilkoma szwami do zewnętrznéj skóry. Operacyję Lisfranka wykonałem po trzykroć jeszcze w czasach przedantyseptycznych; w dwóch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne wskutek flegmony dna miednicy i to w kilka dni po zabiegu chirurgicznym, trzeci zaś przypadek zakończył się wprawdzie po długotrawałem ropieniu wyzdrowieniem, jednakże w trzy miesiące późniéj nastąpiło również zejście śmiertelne skutkiem recydywy.

W tych przypadkach rakowego zwyrodnienia odbytnicy, które powyżéj *anus* się zaczynają i w których guz znachodzi się w ścianie kiszki w formie ograniczonéj i odosobnionéj, postępowanie o tyle jest ułatwionem, iż pospolicie guz taki daje się przecisnąć przez zwieracz i w ten sposób cały obrzęk odbytnicy może być wyłuszczony pod kontrolą oka. Tego rodzaju obrzęk, wielkości pięści, wyłuszczyłem z łatwością w ubiegłym roku u 50 letniego mężczyzny, przyczem po założeniu dokładnego poprzecznego szwu osiągnąłem rychłe i piękne zagojenie.

Simon usiłował w przypadkach takich, w których obrzęk nie dawał się żadną miarą zepchnąć ku dołowi, ułatwić sobie dostęp do niego w ten sposób, że przez silne rozciąganie zwieracza za pomocą zahaczonych palców uczynił go chwilowo porażonym. W przypadkach, w których manewr powyższy nie wystarcza, radzi Simon wykonać przez siebie podane tylne cięcie prostnicy *(Hinterer Rectalschnitt)*, aby w ten sposób uzyskać dostęp do właściwego miejsca.

Przy rozległych i powyżéj *portio analis* rozpoczynających się zwyrodnieniach kiszki stolcowéj przez długi czas najbardziéj w użyciu było postępowanie Dieffenbacha. Polegało ono z jednéj strony na rozcięciu wejścia do kiszki stolcowéj aż do miejsca schorzałego od *anus* aż do koniuszka kości ogonowéj, z drugiéj strony na cięciu przodowem w linii środkowéj międzykrocza, a następnie połączenia obu tych cięć podłużnych za pomocą dwóch cięć poprzecznych w środku kiszki. Daléj wypreparowywało się zwyrodniały odcinek kiszki, odcinało się go poprzecznie w zdrowéj już tkance i przyszywało się górny koniec do poprzecznych cięć pozostałéj zdrowéj części rzyci. Również i tą metodę wykonałem trzy razy z rzędu w czasach przed wprowadzeniem przeciwgnilnego postępowania, raz tylko jednak z pomyślnym skutkiem, w dwóch bowiem przypadkach ulegli chorzy posocznicy zaotrzewnowej tkanki łącznéj.

Korzystniejsze rezultaty metodzie Dieffenbacha zapewnił dopiero Volkmann, który zapobiegł tak bardzo groźnemu zapaleniu tkanki łącznéj miednicy, przez osączenie poza odbytowe i antyseptyczne irygacyje rany.

Gorącemu poleceniu Volkmanna i Esmarcha operacyi raka odbytnicy należy zawdzięczyć, iż obecnie zwrócono baczną uwagę także na tę sprawę chorobową i szukając dróg nowych, istotnie znaleziono takowe! Tak n. p. polecił Kocher swe cięcie podłużne mające na celu odsłonięcie odbytnicy na znaczniejszéj przestrzeni bez przecinania ściany kiszki, poczem za pomocą resekcyi kości ogonowéj ułatwia sobie dostęp do wysoko usadowionych raków odbytnicy.

Wszystkie jednak tu wymienione metody miały tę stronę ujemną, iż przy wyżéj usadowionym raku nie dawały jeszcze zawsze dostatecznego dostępu do siedziby choroby, przyczem znaczne krwotoki z jednéj, a flegmone sąsiednich części z drugiéj strony, zabierały jeszcze zawsze tak wiele ofiar po tym zabiegu chirurgicznym, iż ostateczne wyniki téj operacyi jako stanowczo niepomyślne uważać wypadało. I tak przytaczam tu zestawienie Dra Stierlina (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, fünfter Band, drittes Heft), z którego wynika, że Küster miał 58·3%, Rose 53%, Billroth 39·3%, König 24·00% śmiertelności w czasach poprzednich.

Smutne te stosunki uległy w ostatnich czasach nadzwyczaj korzystnéj zmianie, odkąd genijalny pomysł Kraskego, aby przez resekcyję kości krzyżowéj uczynić sobie dostęp do schorzałéj kiszki, wśród zupełnéj możliwości tamowania, krwotoku, stworzył nową erę także dla tych ofiar raka, które

[1]) Rzecz tłumaczona przez autora samego z rękopismu niemieckiego, ogłoszonego w *Med. Blätter.*

z powodu wysokiego usadowienia się nowotworu dotychczas za stracone uważano.

Jakkolwiek nader krótki przeciąg czasu minął od chwili, gdy metoda powyższa poraz pierwszy do publicznéj wiadomości podaną została (XIV. Zjazd niemieckich chirurgów r. 1885), to jednak stosunkowo liczne już są ogłoszone przypadki pomyślnych tego rodzaju operacyi, a w szczególności wyśmienitą jest w tym kierunku w Austryi praca docenta Dra Hochenegga, która pojawiła się w rocznem sprawozdaniu z c. k. pierwszéj chirurgicznéj kliniki uniwersyteckiéj (Wiedeń, 1889). Hochenegg udoskonalił w wysokim stopniu całą technikę operacyjną powyższego zabiegu i podał ze względu na stronę praktyczną tak ważne odmiany operacyi Kraskego, iż wobec świetnych wyników jego statystyki dziwić się nie można, że zbawienna ta operacyja zyskała sobie także u nas dobrze zasłużone prawo obywatelstwa. Gdy jednak prof. Kraske w drugiéj z rzędu publikacyi (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 48, 1887) podał do wiadomości, iż stracił dwóch operowanych, u których założył obwodowy szew kiszkowy, z powodu rozstąpienia się linii szwu wywołanego naciskiem mas kałowych z następowem dostaniem się tychże do jamy otrzewnowéj, poczęły się usiłowania chirurgów odwracać poniekąd od owego najbardziéj idealnego zabiegu, a zwracać raczéj do poprzedzającéj kolotomii i na razie tylko do częściowego spojenia światła kiszki, aby tym sposobem zapewnić pomyślny skutek i ocalić chorego przed podobną ewentualnością. Sam Hochenegg z swą świetną statystyką (na 12 bowiem operowanych nie stracił ani jednego pacyjenta), wykazuje zaledwie 2 przypadki (przyp. I. i XI.), w których przy jednoczasowym obwodowym szwie kiszkowym z zupełnie dodatnim wynikiem przyszło do całkowitego wyleczenia. Wreszcie podnoszą z zestawienia Hochenegga, iż dotychczas znane są tylko 3 przypadki na 9 operacyj Kraskego, w których przy zastosowaniu pierwotnego zupełnego szwu kiszkowego, przyszło do zupełnego wyleczenia (2 przypadki Hochenegga, 1 przypadek Kraskego), podczas gdy 4-ty przypadek Schedego zakończył się częściowem tylko wyleczeniem, a 5 przypadków zakończyło się zejściem śmiertelnem (1 Rinnego, 1 Weinlechnera, 2 Kraskego i 1 Lauensteina).

Samo przez się rozumie się, iż zawisło to w pierwszéj linii od danego przypadku, czy w ogólności należy założyć pierwotny zupełny szew kiszkowy, a prof. Kraske kładzie szczególny nacisk na tę okoliczność, że do tego nadają się jedynie te przypadki, w których postępowanie przygotowawcze daje się ze skutkiem przeprowadzić, a to jest tylko tam możliwe, gdzie zwężenie wywołana przez raka nie jest jeszcze tak wielkiem, aby wypróżnienie kiszki czyniło niemożliwem. (Dok. nast.)

VI. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(*dzień I-szy 15 lipca 1890 r.*)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Wykład V. Kol. Hempel: „O działaniu chloroformu na narządy wewnętrzne.“ Powtarzając doświadczenia Strassmana i Ostertaga, którzy doszli do dwóch głównych rezultatów: 1) po dłuższéj narkozie chloroformowéj chloroform sprowadza stłuszczenie wszystkich organów miąszowych, 2) śmierć chloroformowa następuje wskutek porażenia mięśnia sercowego używał kol. Hempel do swych doświadczeń psów jako zwierząt, które najlepiéj znoszą chloroform. Psy były narkotyzowane przez 2 do 7 dni po 5, 9, 12 i 20 godzin ogółem, po skończonem zaś doświadczeniu dobijano psa chloroformem.

Przed doświadczeniem oznaczał Dr. Hempel ilość ciałek czerwonych, procent haemoglobiny i temperaturę zwierzęcia. Po dobiciu zwierzęcia chloroformem badał mikroskopowo krew i skrawki poszczególnych narządów. We krwi zmian nie znalazł. Co do serca, to mięsień sercowy znajdował mikroskopowo zmieniony, barwą nie różnił się od normalnego. W prawéj komórce znajdował skrzepy i rozszerzenie tejże komory. Lewa komora bywała próżna lub zawierała nie wiele krwi płynnéj. Zwyrodnienia tłuszczowego, w celu wykrycia którego używał kwasu osmowego, zupełnie nie znajdował, tylko substancyja kitowa była zaznaczoną w postaci smug, które zależnie od długości czasu narkozy były szersze lub węższe. Największe zmiany okazywała wątroba. Torebka była gładka, miąsz nieco bledszy, części miąszu obwodowe okazywały zabarwienie pomarańczowe, wewnętrzne były zabarwienia czerwonawego. Po dłuższéj narkozie wątroba przedstawiała obraz zwyrodnienia tłuszczowego i gdzieniegdzie strąty żółci. Co do nerek, to tu miąższ był prawidłowy, rzadko tylko bledszy, budowa i odgraniczenie warstw wyraźne. Mikroskop wykazywał odmienne zmiany w kanalikach i kłębkach. Przybłonek kanalików okazywał zziarnienie, przybłonek zaś kłębków tego nie okazywał, lub w nieznacznym tylko stopniu. Torebka Bowmana okazywała silniejsze zziarnienie. Krew mikroskopowo badana pokazuje, że ilość ciałek czerwonych się nie zmienia, ilość haemoglobiny opadała o 5 do 10%, krew ma woń chloroformu. Co do temperatury, to ta w stanie podniecenia podnosi się o kilka dziesiętnych do 1°, późniéj opada mniej więcéj w tych samych granicach. Badanie moczu wykazało tylko jedyny raz białko, częściéj znajdowano barwiki żółci, ciałek krwi nie znaleziono nigdy.

Wykład VI. Kol. Jasiński: „Pyoktanina w chirurgii.“ Prelegent idąc za Stillingem, który miał mieć po stosowaniu pyoktaniny znakomite rezultaty, poczyna sam tegoż używać, lecz rezultaty jego są niestety tylko ujemne. Według Stillinga pyoktanina jest świetnym antyseptykiem, bo posiada trzy główne stawiane wymagania, mianowicie a) bywa łatwo resorbowanym przez drobnonstroje, b) nie tworzy strupa, c) ma świetne własności dyffuzyjne. To głównie skłoniło kol. Jasińskiego do wprowadzenia w użycie tego nowego środka, wyniki jednak, jakie otrzymywał, skłoniły go do prędkiego usunięcia tego środka, gdyż stosowany do ran, wywoływał albo wyprysk, albo obraz podobny zupełnie do szankra. W 10ciu przypadkach stosowany nie dał żadnego wyniku dodatniego. Kol. Jasiński używał roztworu 1 na 500. Idąc za przykładem Jakowskiego, który roczczynem 1:5000 pyoktaninu niszczył prątki ospowe, zapalno-płucne i inne, zmięszał ropę sterylizowaną z tymże barwikiem, preparat ten szczepił i rzeczywiście nigdzie nie obserwował rozwinięcia się *staphylococcus pyogenes albus*, w jednéj tylko epruwetce wytworzyła się pleśń. Zwróciło to jego uwagę tem bardziéj, że nie zgadzało się z twierdzeniem Stillinga. Ustawił więc dwa naczynia wypełnione pyoktaniną w miejscu, gdzie mógł się łatwo pleśni spodziewać i po krótkim czasie takową na pyoktaninie rzeczywiście otrzymał. Pleśń ta przeszczepiona na agar dawała bardzo bujne pleśniowe kultury. Z tego powodu uważa, że pyoktanina nie jest dobrym antyseptykiem, owszem często przygotowuje grunt dla bakteryi. Przytacza jeszcze na poparcie wyniki kilku badaczy, prawie wszędzie co do pyoktaninu ujemne i z tych powodów odmawia pyoktaninie własności antyseptycznych. W żywéj dyskusyi brali udział: kol. Ciechomski, który stwierdza, że Jakowski w pożywce z domieszką pyoktaninu po 24 godzinach żadnych nie miał drobnoustrojów. Kol. Weber na mocy dość nielicznych wprawdzie jeszcze obserwacyj przechyla się do zapatrywania prelegenta.

Kol. Schram nie przyznaje tego, że pyoktanina przygotowuje grunt dla bakteryi i przytacza dobre wyniki, jakie otrzymał prof. Krówczyński we Lwowie stosowaniem pyoktaniny w bubonach i na tem kończy się dyskusyja.

Wykład VII. Kol. Łepkowski: „O leczeniu miejscowéj gruźlicy jodoformem i balsamem peruwijańskim.“ Z 60-iu przypadków, jakie w klinice chirurgicznéj i w szpitalu św. Ludwika obserwował, mimo że we większéj części zagojenie dość szybko następowało, balsam peruwijański tak obszerne dziś mający zastosowanie, według prelegenta jest tylko środkiem, który przez drażnienie pobudza do szybszych granulacyi, na któréj jako na tkance zdrowéj prątki nie znajdują gruntu i daléj rozszerzać się nie mogą. Za środek leczniczy w gruźlicy uważa łyżeczkę i nóż chirurga, a balsam peruwijański za dopomagający tylko do wypełnienia przez te powstałych ubytków. Zresztą ropnie niegruźlicze goją się nader szybko, a w przypadku promie-

nicy obserwowano także szybkie wypełnienie się ziarniną jamy po operacyi powstałéj, a przecież balsam nie jest znowu środkiem swoistym ani na stafylokoki, ani na aktynomykozę. Idąc za śladem niemieckich chirurgów Landerera, Krausego, Brunsa, przedstawia 12 przypadków gruźlicy stawów, leczonych wstrzykiwaniami mięśniowemi 25% oliwy z jodoformem. Rezultaty otrzymane nie są tak świetne, jak te, które na 19-tym zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawiano. W nielicznych bowiem tylko przypadkach nastąpiło polepszenie po 8—10 wstrzykiwaniach, które się robi według Brunsa co 2 tygodnie. Zresztą nie wszystko, co się ku lepszemu zwróciło, kłaść trzeba na karb wstrzykiwań, bo przecież ekstenzyja i ustalenie także często znosi i leczy chorobę.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Barącz, przytaczając 5 przypadków leczonych mięszanką jodoformową.

Kol. Gross jest za zarzuceniem balsamu peruwijańskiego jako środka drażniącego, który gruźlicy nie szkodzi i jodoformem powinien być wyrugowany. Co do mięszanki jodoformowéj jest za częstem stosowaniem takowéj.

Kol. Schram także stawia wyżéj jodoform niż balsam i uważa za właściwy środek leczniczy tylko we wczesnych okresach.

Kol. Gabryszewski nie zgadza się z prelegetem, jakoby mięszanka jodoformowa była w stanie wywoływać większe i lepsze skutki.

Kol. Obaliński przypomina, że już przed 20 laty używano wstrzykiwań w klinice Alberta, które potem ustały, z środków żrących tylko jeden jodoform dawno istnieje i chyba zwalonym nie będzie. Po balsamie reakcyja silniejsza, bolesność znaczna, skutki nie wielkie. Kierując się tą myślą, że jodoform jest skutecznym w swem działaniu, polewa zaniki i pogruźlicze pola operacyjne eterem z jodoformem, aby go w ten sposób wprowadzić nawet w najmniejsze otworki.

Daléj zabierali głos: Kol. Jasiński, kol. Gross; kol. Rosner jest za balsamem peruwijańskim o tyle, że takowy podnosząc energiję życiową tkanki, nie pozwala na dalszy rozwój prątków.

Kol. Szuman żąda rozdzielenia przypadków tych, które można leczyć drogą czysto konserwatywną od tych, które są już bardziéj zaawansowane, gdyż jodoform w początkowych okresach wstrzyknięty może wywołać następnie *locus minoris resistentiae*, w którem łatwiéj proces rozwijać się może.

Kol. Trzebicky przeciwny balsamowi, widział kolosalną po nim kilkakrotnie pokrzywkę, wraca do *argentum nitricum*, będąc z niego zupełnie zadowolonym.

Kol. Dembowski zaleca balsam peruwijański na gruźlicę krtani, zaś kreozot do wszystkich innych stosowań.

Koll. Wehr i Ziembicki są za mięszanką jodoformową, jako dotychczas środkiem najlepszym, ostatni zaś podnosi, że konserwatywne leczenie u chorych, którzy żyją i żyć mogą wygodnie, ma racyję bytu, w szpitalach zaś droga operacyjna jest jedynie możliwą. Chorzy długo leżący w szpitalu daleko gorzéj następowo znoszą chloroform.

Kol. Sawicki radzi używać balsamu z eterem, po którym u dzieci dobre miał rezultaty, jak również przypomina płyn Kolischera dziś zaniechany, który w kilku przypadkach u niego dobrze działał.

Przewodniczący dziękuje za dyskusyję w sprawie, w któréj on sam nie ma doświadczenia, zdaje mu się jednak, że zależy głównie od cechy gruźlicy, od obciążenia familijnego i od stosunków chorego majątkowych, daléj od jego wieku. To co u dzieci zagoić się może przez małą operacyję lub metodą konserwatywną, to u starszych ulegnie z pewnością amputacyi. Na tem zakończyło się I. popoł. posiedzenie zjazdu o godzinie 5 téj. W pół godziny w salach Grand-hotelu prof. Obaliński podejmował szanownych gości i uczestników zjazdu wspólnym obiadem. Wśród przybyłych zauważyliśmy wszystkich prawie docentów i profesorów wydziału lekarskiego. Szereg toastów rozpoczął kol. Jasiński, pijąc zdrowie prof. Obalińskiego, który dziękując wychylił kielich na cześć prof. Rydygiera. Kol. Kohn pije zdrowie młodzieży w ręce kol. Gabryszewskiego, wznoszącego toast na cześć zawsze młodego prof. Cybulskiego. Następnie posypały się dowcipne wiersze, wygłoszone przez kol. Kohna i Podgórskiego, a serdeczne kochajmy się zakończyło ucztę, zostawiając po niéj miłe wspomnienia.

(dzień 2-gi 16 lipca 1890 r.).

O godzinie 8½ rano zgromadzili się uczestnicy w pracowni docenta Dra Marsa w b. Coll. juridicum przy ulicy Grodzkiéj. Doc Dr. Mars, który umyślnie na ten dzień przybył z Krynicy, demonstrował zebranym pracownię urządzoną na wzór pracowni Schulcego z Jeny i całe jéj urządzenie. Uczniowie ćwiczą się tam pod kierunkiem docenta w operacyjach położniczych i ginekologicznych na fantomach skórzanych, zupełnie aseptycznych, gdyż i płody do ćwiczeń używane są balsamowane i watą sublimatową wypchane. Operacyje ginekologiczne dla aseptyki odbywają się na macicy wszytéj w fantom nitkami gumowemi, która poprzednio jest moczona w sublimacie 1:1000. Daléj okazuje kol. Mars atlas Wydera z tablicami woskowemi do przedstawienia w audytoryjum, a oprócz tego piękne preparaty przypadku pęknięcia macicy wraz z rysunkami przedstawionymi w rocznikach Akademii Umiejętności.

Przewodniczący prof. Dr. Rydygier serdecznie podziękował kol. Marsowi za jego demonstracyję tak wzorowo urządzonego zakładu.

Z zakładu kol. Marsa udali się goście zjazdowi do szpitala św. Ludwika, gdzie prof. Jakubowski oprowadził wraz z asystentem swym kol. Momidłowskim i sekundaryjuszem kol. Orzechowskim po klinice pedyjatrycznéj i sali wykładowéj. Przy łóżkach chorych zwracał prof Jakubowski uwagę na ciekawsze przypadki, jak statystykę tracheotomii i przypadek *tetanus traumaticus*.

Z kolei zwiedzano oddział chirurgiczny szpitala św. Ludwika, gdzie sekundaryjusz tegoż oddziału kol. Łepkowski zwrócił uwagę na przypadki leczone mięszanką jodoformową, o których na popoludn. pierwszem posiedzeniu była mowa.

Posiedzenie w sali operacyjnéj kliniki chirurg. rozpoczęło się o godzinie 10 téj. Prócz wczoraj wymienionych nazwisk zauważyliśmy kolegów: Borzęckiego, Centnerszwera, Choróbskiego, Kijewskiego, Grysickiego, Lewandowskiego, Marsa, Midowicza, Rydla i Udzielę.

Po demonstracyi stołu operacyjnego, stosunkowo taniego, dobrze obmyślanego i sumiennie wykonanego przez ślusarza krakowskiego p. Staszczyka, kol. Ziembicki rozpoczął:

VIII. wykład: „Przyczynek do leczenia tętniaków“ (z przedstawieniem chorych). Dwa przypadki tętniaków operowanych, 1 przed 3 ma tygodniami w okolicy *fossa poplitea* przez podwiązanie *art. femoralis* przed przebiciem adduktora. Guz zmiękł, tylko rozmiary swoje zachował. Poprzednio używał kol Ziembicki ucisku, który jak literatura wykazuje, na 250 przypadków daje 50% wyleczenia. Guz jednak po zastosowaniu ucisku rósł, tętniak dotąd ograniczony powiększył się znacznie, przystąpiono tedy do podwiązania tętnicy, a wynik jak nadmieniano, nie był świetny. Inaczéj się przedstawia wyłuszczenie, gdy na 18 przypadków 14 było wyleczonych. Trzeba być jednak ostrożnym, aby razem nie wyciąć żył, gdyż wtenczas można sprowadzić łatwo zgorzel kończyny. Właśnie téj metody t. j. wyłuszczenia użyto w drugim przypadku. Operacyja była nader trudna z powodu znacznego rozwoju obocznego obiegu, a tem samem rozszerzenia ubocznych naczyń. Trudy opłacił wynik znakomity gdy guza już nie ma, a czynność kończyny już utrzymana,

Przewodniczący dziękuje kol. Ziembickiemu za podjęte trudy przywiezienia obu chorych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 24-go lipca. Po uroczystościach pogrzebowych i zjeździe chirurgów nabiera Kraków coraz więcéj znamion sezonu ogórkowego. Większa część profesorów Uniwersytetu oprócz zajętych jeszcze egzaminami opuściła miasto, w samem Zakopanem o ile wiemy bawią z lekarzy oprócz Redaktora „Przeglądu Lekarskiego“, także proff. Cybulski i Rydel. Tamże podążyli liczni uczestnicy zjazdu. Prof. Madurowicz bawi w Baden pod Wiedniem; prof. Rydygier wyjechał do Soboty (Zopoth).

* Ruch kąpielowy. Do dnia 14-go lipca b. r. było w Szczawnicy osób 1825. — W Cieplicach czeskich do 19 go lipca b. r. osób 4553.

* Wiedeń. Ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało sprzedaży wody na włosy prof. White'a, jako szkodliwéj dla zdrowia z powodu ołowiu w niéj zawartego.

* **Cholera.** Do d. 9-go lipca zachorowało w Hiszpanii, śmiertelność wynosiła 60%; w Tuluzie do dnia 30-go czerwca było 11 przypadków choleryny, a podobno i jeden przypadek cholery, śmiercią zakończony. — Utrzymuje się zdanie, że obecnie istniejąca epidemija cholery w Hiszpanii nie jest importowana, lecz że powstała na miejscu, z powodu przekopywania placu, na którym podczas epidemii w roku 1885 grzebano zmarłych z cholery.

* **Odznaczenie.** Prof. Virchow otrzymał austryjacką oznakę honorową dla sztuk i nauk.

* **Mianowania.** Radzca rządowy i referent spraw lekarskich w Salzburgu mianowany radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich dla Austryi górnéj, a w jego miejsce mianowany radzcą rządowym i referentem w Salzburgu dotychczasowy lekarz powiatowy Dr. Sacher. — Dr. Kazimierz Zieliński, dotychczasowy asystent szpitala ś-go Ducha w Warszawie, został zamianowany lekarzem szpitala na Pradze; zaś Dr. Szumlański został zamianowany, prowadzącym ambulatoryjum w szpitalu ś-go Ducha w Warszawie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dnia 17-go b. m. prof. Brücke w obecności licznych profesorów i studentów miał wykład swój ostatni, pożegnalny. — Docent Dr. Gärtner mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Maurycy Ebersohn z Oświęcima, Bronisław Olszewski z Niegowniczek w król. Polskiem, Maryjan Piątkowski i Władysław Edward Reiss ze Lwowa, Ludwik Śnieżek z Jasienicy i Franciszek Bernard Zakreys z Bochni w Galicyi.

* **Nekrologija.** Dnia 16-go lipca b. r. umarł w Brzeżanach em. c. k. lekarz powiatowy Dr. Wilhelm Jorkasch-Koch, licząc lat 61. Zmarły był wychowańcem Uniwersytetu Jagiell. — W Paryżu umarł chemik Nestlé, wynalazca znanéj mączki dla dzieci. We Wiedniu umarł lekarz chorób dzieci Dr. Maks. Herz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 28: Brunnera: Przyp. ciężkiego cierp. mózgu, pochodz. urazowego; Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 28. Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (dok.); W *Wiad. Lek.* z. IV: Rybickiego: Odezwa do kolegów w sprawie szczepienia wścieklizny metodą Pasteura; Pawlikowskiego: Sprawozdanie fizykatu m. Lwowa; — W *Gaz. Lek.* Nr. 29: Zweigbauma: O stosowaniu elektryczności w ginekologii; Wł. Matlakowskiego: Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg czwarty) (c. d.); Bronowskiego: Influenza na północy Rosyi wschodniéj — W *Medycynie* Nr. 29: Heimana: Przypadek zboczenia rozwojowego uszów. — W *Kronice Lek.* Nr. 7: Sędziaka: Leczenie przerostu migdałków (dok.).

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

L. 245. **KONKURS.**

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce (Bukowina) jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich za rocznem wynagrodzeniem ze strony

c. k. skarbu salinarnego	520 fl.
bractwa „	100 fl.
99—3—2	620 fl.

Emerytowanym lekarzom wojskowym przysługuje pierwszeństwo.

Podania ze załącznikami należy wnieść do c. k. Zarządu salinarnego w Kaczyce najdalej do dnia 10 Sierpnia b. r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka, dnia 8 Lipca 1890.

L. 858. **Obwieszczenie.**

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia i oględzin bydła na rzeź przeznaczonego w gminie miasta Horodenki z płacą roczną 300 zlr. i subwencyą ze strony Wydziału powiatowego w rocznej kwocie 100 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniej do 25 Lipca 1890 do Zarządu miasta Horodenki swoje podania przy dołączeniu metryki urodzenia, dyplomu doktora wszech nauk lekarskich i dowodu dotychczasowego zatrudnienia.

Posada powyższa nadaną będzie na rok jeden prowizorycznie, a po roku może nastąpić stabilizacya.

Zarząd miasta.

Horodenka, dnia 4 Lipca 1890.

98—3—3 c. k. komisarz rządowy: *Setkiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.